



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



CASO CLÍNICO

Maniobra de "rendez-vous" como una opción técnica de acceso a la vía biliar: reporte de casos

F. Pereira-Graterol^{a,b,*}, Y. Venales-Barrios^{a,b}, J. Bousquet-Suárez^{a,b}, A. Cáceres-Cauro^c, C. Romero-Bravo^b, J. Moreno-Rodríguez^b y L. Rodríguez-Perero^b

^a Unidad de Cirugía de Mínimo Acceso (UCMA), Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti", Barcelona, Venezuela

^b Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti", Barcelona, Venezuela

^c Centro de Investigaciones en Ciencias de la Salud (CICS), Núcleo de Anzoátegui, Universidad de Oriente, Venezuela

Recibido el 19 de enero de 2012; aceptado el 3 de abril de 2012

Disponible en Internet el 12 de noviembre de 2012

PALABRAS CLAVE

Rendez-vous;
Colangiopancreatografía
retrograda
endoscópica;
Abordaje
laparoendoscópico;
Coledocolitiasis;
Venezuela

KEYWORDS

Rendez-vous;
Endoscopic
retrograde cholangio-
pancreatography;
Laparo-endoscopic
approach;
Choledocolithiasis;
Venezuela

Resumen La técnica de "rendez-vous" es una maniobra opcional para el acceso a la vía biliar, durante la colecistectomía laparoscópica. Este abordaje garantiza la canulación guiada y segura de la vía biliar. Reportamos tres casos de pacientes con diagnóstico de colecistocolodocolitiasis, a quienes se les realizó colangiografía retrógrada endoscópica (CRE) durante colecistectomía laparoscópica. Se empleó la técnica de "rendez-vous" laparoendoscópica (RVLE) como opción de acceso a la vía biliar principal, debido a la falla inicial del abordaje endoscópico. La introducción de la guía hidrofílica se llevó a cabo de forma anterógrada a través del conducto cístico, previa colangiografía intraoperatoria. El objetivo terapéutico se logró en todos los casos, no observándose morbilidad asociada. Todos los pacientes manifestaron alto grado de satisfacción con el resultado quirúrgico.

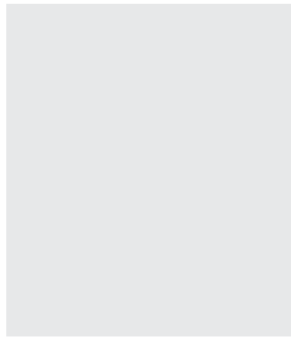
En los tres casos descritos, el empleo del RVLE resultó una opción viable y segura de acceso a la vía biliar. Se logró el tratamiento de la colecistocolodocolitiasis en un solo acto operatorio. © 2012 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

The "rendez-vous" maneuver as a technical option to access the bile ducts: Case series report

Abstract The "rendez-vous" maneuver is a technical option, to have in mind, for the bile ducts access. This technique assures a "guided" cannulation of the bile duct during the laparoscopic cholecystectomy (LC). We analyzed three clinical cases of patients with cholecysto-choledocolithiasis, in whose were planned Endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreatography (ERCP) and LC during the same surgical intervention. The "rendez-vous" maneuver was employed as a technical option to access the bile duct, after an initial (failed) endoscopic attempt of cannulation. An intraoperative cholangiography was performed and

* Autor para correspondencia. Centro "Day Hospital", Av. Principal de Lechería, diagonal al hotel Teramun. C.P. 6016. Lechería, Edo. Anzoátegui, Venezuela.

Correo electrónico: freddypereiragraterol@gmail.com (F. Pereira-Graterol).



a guide wire was inserted through the cystic duct, allowing the endoscopic capture and the guided cannulation of the bile duct. The therapeutic objective was achieved in all patients. There was not associated morbid-mortality and all patients were satisfied with the surgical outcome.

In these series of cases, the "rendez-vous" maneuver was a viable, safe and useful technical option to access the bile ducts. Furthermore, the cholecysto-choledocolithiasis was treated during the same surgical intervention. A postoperative bile duct exploration becomes unnecessary.

© 2012 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Published by Masson Doyma México S.A. All rights reserved.

Introducción

La técnica de "rendez-vous" para el acceso a la vía biliar consiste en la introducción de una guía en forma anterógrada (transhepática o transcística) y su posterior captura en el duodeno, con el fin de facilitar la canulación¹; la maniobra disminuye el tiempo de canulación y las complicaciones asociadas a la manipulación endoscópica de la papila duodenal mayor.

Durante la colecistectomía laparoscópica (CL), la exploración y extracción endoscópica de los litos contenidos en el interior de la vía biliar por colangiografía retrógrada endoscópica (CRE) tiene la ventaja de disminuir tanto la complejidad técnica como el tiempo quirúrgico del procedimiento laparoscópico². De igual forma, se disminuyen las posibilidades de morbilidad asociada con la exploración laparoscópica de la vía biliar.

En el presente artículo describimos la técnica y los resultados obtenidos con el empleo de la maniobra de "rendez-vous" laparoendoscópico (RVLE), en 3 pacientes con diagnóstico de colecistocolocolitiasis.

Presentación de casos

Caso 1

Hombre de 57 años de edad con obesidad mórbida (índice de masa corporal IMC: 45 Kg/m²), quien ingresó con diagnósticos de pancreatitis aguda leve de origen biliar, ictericia obstructiva y colecistocolocolitiasis. La canulación endoscópica inicial de la vía biliar por CRE fue fallida, debido a una papila duodenal mayor "plana" con un orificio externo "puntiforme" (fig. 1). Durante el procedimiento de RVLE y posterior a la canulación intraoperatoria, se observó una vía biliar principal de 8 mm de diámetro, 2 litos de 3 mm en su interior, un conducto cístico con inserción posterior, y la vesícula biliar con paredes delgadas y múltiples litos pequeños (3 a 4 mm).

Caso 2

Mujer de 68 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial e infarto del miocardio. Ingresó con los diagnósticos de colecistitis crónica litiásica (agudizada), ictericia

obstructiva y colecistocolocolitiasis. Debido a canulación repetida del conducto pancreático durante la CRE, se realizó la maniobra de RVLE. En la canulación intraoperatoria se observó una vía biliar principal de 10 mm de diámetro con terminación "filiforme" que contenía abundante lodo biliar. La visión laparoscópica evidenció adherencias firmes y laxas entre el epiplón mayor, colon transversal y la vesícula biliar, ésta última de paredes engrosadas, con 2 litos grandes y lodo biliar en su interior.

Caso 3

Hombre de 50 años de edad, neumópata (fumador crónico), quien ingresó con diagnósticos de ictericia obstructiva y colecistocolocolitiasis. La CRE no pudo ser efectiva debido a "estenosis papilar". En la canulación intraoperatoria se observó la vía biliar principal de 10 mm de diámetro, con terminación "filiforme" y barro biliar impactado en forma de "cono" en su porción distal. Durante la CL, se observó edema e inflamación del triángulo hepatocístico, vesícula de paredes engrosadas con múltiples litos grandes y lodo biliar.

En todos los casos, la alta sospecha de coledocolitiasis se fundamentó en los hallazgos del examen clínico (dolor en hipocondrio derecho, tinte icterico cutáneo-mucoso, coluria), corroborado por pruebas de laboratorio (patrón de colestasis hepática) o de imagen (ultrasonido con dilatación de la vía biliar principal, con o sin evidencia de litiasis en su interior).

Los procedimientos se realizaron previo consentimiento informado por escrito, explicando los riesgos y las opciones terapéuticas disponibles. Se empleó RVLE como una opción técnica de acceso a la vía biliar, debido a la falla en el abordaje endoscópico inicial. El procedimiento se llevó después de la canulación intraoperatoria (transcística), se avanzó una guía hidrofílica de 0,035" a través del catéter de colangiografía laparoscópica y se verificó su ubicación en el duodeno mediante fluoroscopia. Seguidamente, el catéter de colangiografía fue retirado, dejando la guía hidrofílica (transcística) en el interior del duodeno (fig. 2). El remanente del conducto cístico fue cerrado con nudo extracorpóreo³ y la guía capturada en el duodeno (fig. 3) y luego, exteriorizada a través de la cavidad oral. La canulación endoscópica de la vía biliar se efectuó a través de la guía hidrofílica previamente instalada. Después de la esfinterotomía endoscópica, instrumentación de la vía biliar y

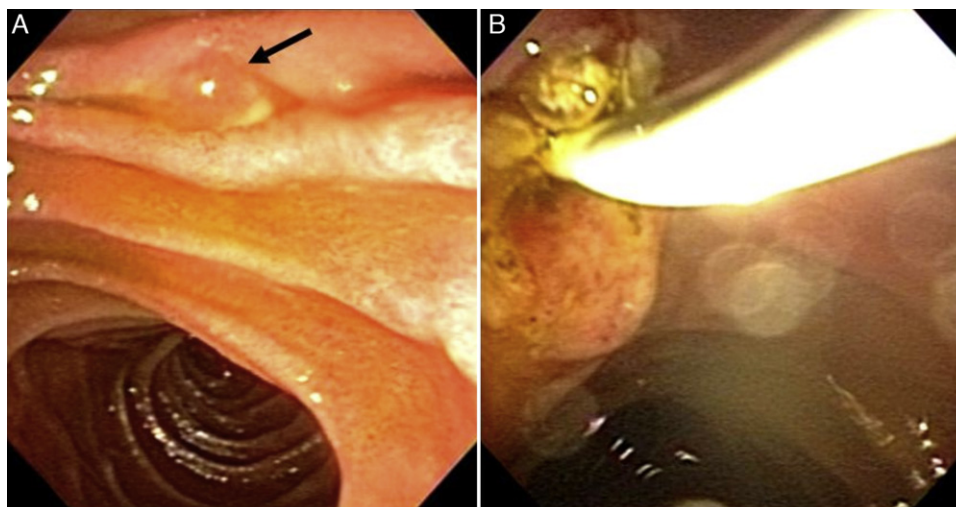


Figura 1 A) Papila mayor duodenal (señalada con la flecha). B) Lito extraído con sonda de balón, posterior a la esfinterotomía endoscópica.

extracción de la litiasis biliar, una vez retirada la guía hidrofílica a través de la cavidad oral, se verificó la ausencia de extravasación del medio de contraste a través del cabo del conducto cístico. El tiempo quirúrgico total, en promedio, fue de 103 minutos (rango: 90-120). El objetivo terapéutico fue alcanzado en todos los pacientes sin complicaciones o mortalidad asociada al procedimiento. Los 3 pacientes reiniciaron la vía oral y fueron egresados al día siguiente de la intervención, manifestando alto grado de satisfacción con el resultado quirúrgico.

Discusión

Erróneamente se menciona al “rendez-vous” (“encuentro”, según su traducción al Español) como la práctica conjunta de la CRE durante la CL. Sin embargo, esta técnica consiste en la introducción de una guía o un endoscopio en cualquier segmento de la vía biliar proximal, a través de la papila duodenal mayor o de una anastomosis

bilio-digestiva⁴ y el otro en la luz intestinal, en la mayoría de los casos introducido de forma *per-oral*, para facilitar el acceso guiado y seguro a la vía biliar.

Durante la CL la maniobra de “rendez-vous” puede llevarse a cabo con una sonda transcística hasta franquear la papila duodenal mayor y efectuar la papilotomía con esfinterotomo de aguja⁵ o, introduciendo una guía hidrofílica transcística y capturándola en el duodeno, como el acceso empleado en nuestros casos^{1,6}. De igual forma, esta maniobra puede realizarse empleando ultrasonido endoscópico mediante la introducción transgástrica o transduodenal de una guía en la vía biliar, la cual es progresada hasta franquear la papila duodenal mayor^{7,8}.

En la actualidad, el tratamiento de la colecistocolédocolitiasis continúa siendo tema de discusión⁹. La exploración totalmente laparoscópica de la vía biliar, aunque implica mayor grado de dificultad técnica, es considerada por muchos grupos quirúrgicos como de primera elección. Nosotros, al igual que otros grupos, planteamos los beneficios de contar con la posibilidad de acceso endoscópico

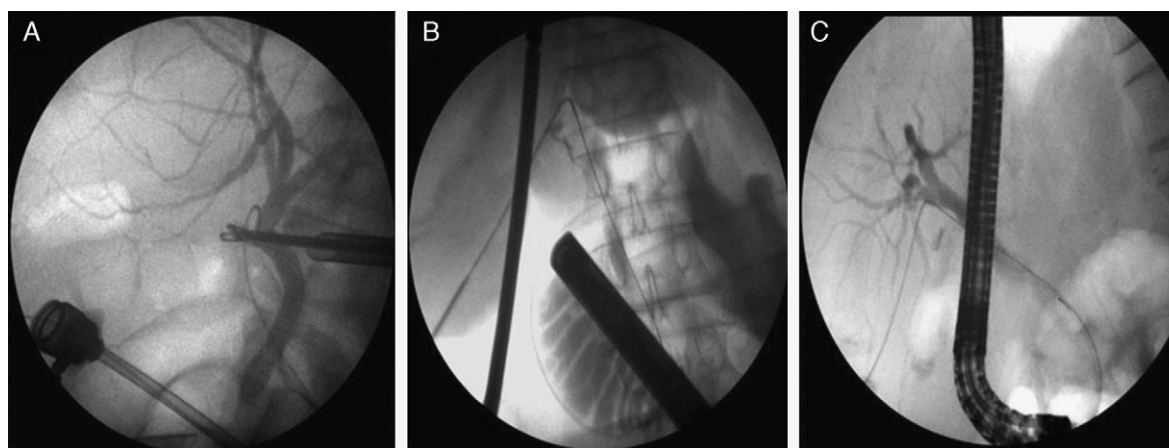


Figura 2 Secuencia radiológica de la técnica de “rendez-vous”: A) Introducción transcística de la guía en la vía biliar, B) localización en el duodeno y C) canulación endoscópica de la vía biliar a través de la guía previamente exteriorizada.

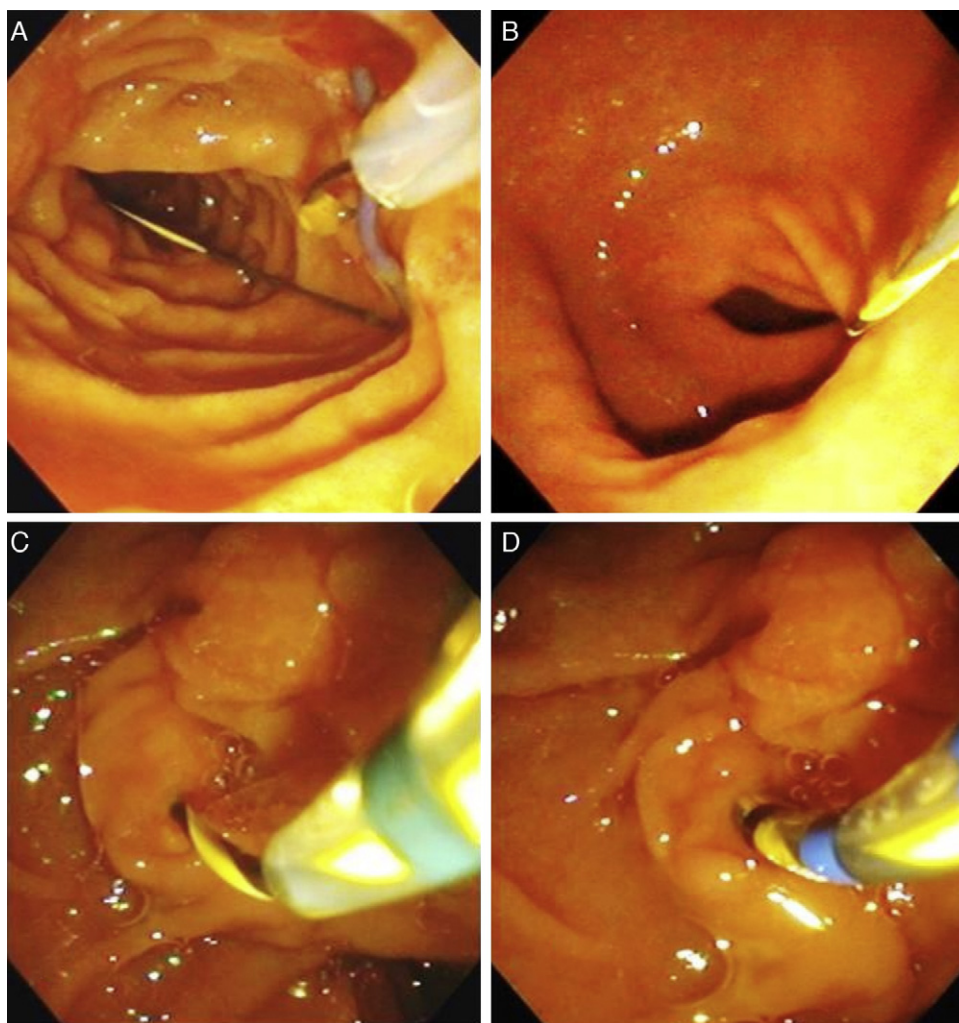


Figura 3 Secuencia endoscópica del "rendez-vous": A) Captura de la guía intraduodenal y B) exteriorización a través del píloro. C) y D) Canulación de la vía biliar sobre la guía.

a la vía biliar durante la CL y el tratamiento combinado (laparoscópico-endoscópico) de la colecistocolitiasis, debido a que entre otras ventajas, se disminuye la complejidad técnica y el tiempo quirúrgico del procedimiento laparoscópico y se limita, por tanto, la posibilidad de complicaciones asociadas con la exploración laparoscópica de la vía biliar. Asimismo, el abordaje endoscópico de la vía biliar puede ser llevado a cabo aún en presencia de variaciones anatómicas de la vía biliar y de procesos inflamatorios severos que la involucren, y que por tanto, hagan laboriosa y riesgosa su exploración laparoscópica.

En los pacientes aquí descritos, se logró el acceso selectivo a la vía biliar mediante el empleo del RVLE, sin morbilidad asociada a la manipulación prolongada de la papila duodenal mayor, obteniéndose la instrumentación y completándose el objetivo terapéutico.

Conclusiones

En los casos descritos, la maniobra de RVLE resultó una opción viable y segura para el acceso a la vía biliar y el

tratamiento de la colecistocolitiasis en un solo acto operatorio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

Bibliografía

1. LaGrecca G, Barbagallo F, Di Blasi M, et al. Laparo-endoscopic "Rendez vous" to treat cholecysto-choledocholithiasis: Effective, safe and simplifies the endoscopist's work. *World J Gastroenterol.* 2008;14:2844-50.
2. LaGrecca G, Barbagallo F, Sofia M, et al. Simultaneous laparoendoscopic rendezvous for the treatment of cholecysto-choledocholithiasis. *Surg Endosc.* 2010;24:769-80.

3. Pereira GF, Moreno PM. A new technique for tying the Gea extracorporeal knot for endoscopic surgery. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2004;14:403–6.
4. Kawano Y, Mizuta K, Hishikawa S, et al. Rendezvous penetration method using double-balloon endoscopy for complete anastomosis obstruction of hepaticojejunostomy after pediatric living donor liver transplantation. *Liver Transpl*. 2008;14:385–7.
5. Manes G, Baratti C, Ardizzone S, et al. Over-the-catheter precut to gain access to the biliary duct during ERCP rendezvous. *Surg Endosc*. 2008;22:2323–5.
6. Tzovaras G, Baloyiannis I, Kapsoritakis A, et al. Laparoendoscopic rendezvous: an effective alternative to a failed preoperative ERCP in patients with cholecystocholedocholithiasis. *Surg Endosc*. 2010;24:2603–6.
7. Iwashita T, Lee JG, Shinoura S, et al. Endoscopic ultrasound-guided rendezvous for biliary access after failed cannulation. *Endoscopy*. 2012;44:60–5.
8. Kim YS, Gupta K, Mallery S, et al. Endoscopic ultrasound rendezvous for bile duct access using a transduodenal approach: cumulative experience at a single center. A case series. *Endoscopy*. 2010;42:496–502.
9. Pekolj J. Tratamiento de la litiasis coledociana por vía laparoscópica. Continúa la controversia. *Cir Esp*. 2012;90:144–6.